

DESCRIZIONE DEL SERVIZIO SPECIALISTICO RESIDENZIALE DI COMORBILITÀ PSICHIATRICA DEL CAST ASSISI ETS

Nella pratica clinica e nella letteratura scientifica internazionale degli ultimi 25 anni, con il termine “doppia diagnosi” (“dual diagnosis”) si intende la comorbidità di dipendenze patologiche con altre patologie psichiatriche nello stesso soggetto (ad es. abuso di cocaina in paziente bipolare) (Gouzoulis-Mayfrank 2008; Schulte et al. 2011; Chianura et al. 2005; Rigliano 2004).

Tradizionalmente sia la pratica che la ricerca hanno riportato esiti in genere deludenti per tale tipo di condizione (“poor outcome”; “disappointing results” – Drake et al. 1998); ciò è tuttavia cambiato negli ultimi anni, ricorrendo a trattamenti che fossero veramente integrati (Ziedonis et al. 2005).

Per trattamento integrato NON si intende, infatti, curare *in parallelo* entrambi i disturbi da parte di professionisti dedicati ciascuno al proprio ambito di competenza (tale approccio è ormai riconosciuto come fallimentare: v. ad es. Drake et al. 1998); nè si intende individuare un disturbo “primario” che, causando l’altro, andrebbe curato per primo (cosidetto approccio “*in serie*”: si cura prima il problema di base, ad es. il disturbo dell’umore e poi, in serie, quello conseguente, ad es. l’abuso di cocaina che costituirebbe un tentativo, erroneo e anzi disastroso, di “autocura” della depressione). Gli approcci attuali (non solo il nostro, ma quelli desunti dalla ricerca scientifica ed entrati ormai a far parte della maggior parte delle linee guida internazionali) considerano infatti, pragmaticamente, entrambi i disturbi “primari” (CCISC: Comprehensive Continuous Integrated System of Care; Minkoff 2005).

Un trattamento autenticamente **integrato** consente di modificare sostanzialmente la prognosi della doppia diagnosi, avvicinandola a quella dei singoli disturbi sottostanti (Ziedonis et al 2005, Gouzoulis-Mayfrank2008, Laker 2006), e questo anche nell’ambito dei trattamenti residenziali (Drake et al. 2008), o riguardo popolazioni particolari di pazienti quali gli adolescenti (Brewer et al 2017); anche il livello di soddisfazione del trattamento da parte degli utenti di doppia diagnosi è mediamente elevato per i trattamenti integrati (secondo la definizione data sopra di “trattamento integrato”), mentre lo è molto di meno per quelli non integrati (Schulte et al. 2011).

INTEGRAZIONE di Equipe:

- Integrazione dei saperi, con psichiatra organico all'equipe: partecipa attivamente, in collaborazione con gli altri membri dello staff, a tutte le fasi del programma;
- Riunione di staff settimanale con discussione dei casi clinici;
- Supervisione esterna mensile;
- Trattamento psicofarmacologico, eventuale trattamento sostitutivo, interventi psicoterapeutici e psicoeducazionali gestiti in modo integrato.

INTEGRAZIONE di Utenti:

- Comunità terapeutica inclusiva: Coesistenza all'interno della stessa struttura di utenti in comorbilità psichiatrica e non. Tale approccio consente di attivare meccanismi di supporto tra pari, analoghi per certi versi a storici gruppi di auto mutuo aiuto, quali alcolisti anonimi, la cui efficacia nella pratica clinica è dimostrata da anni di applicazione.

INTEGRAZIONE delle Famiglie:

- Fase di ingresso: nella fase iniziale di pre-ingresso è prevista la presenza di un familiare in comunità.
- Gruppi psicoeducazionali mensili: nel corso della visita mensile dei familiari, si effettua un gruppo psicoeducazione a loro dedicato.
- Incontro speciale: chiarimenti a fine percorso tra utenti e familiari.
- Gruppo di reinserimento mensile: analogo al gruppo precedente ma applicato agli utenti in fase di reinserimento.

INTEGRAZIONE dei Servizi Inviati:

La Comunità come una fase peculiare del percorso; in particolare la forte impronta terapeutico-evolutiva del programma, in contrasto con un più semplice case-management (obiettivi evolutivi descritti più avanti). Ciò impone uno stretto contatto con il servizio inviante, in particolare, oltre allo scambio di informazioni pre-ingresso, alle relazioni trimestrali e ai contatti in occasione di situazioni di crisi o di svolta, la collaborazione nei rapporti con i familiari e la definizione del prosieguo delle cure e/o delle successive fasi del reinserimento sociale.

CRITERI DI INGRESSO

La valutazione di un caso di doppia diagnosi è molto complessa. In questa fase si tiene conto della combinazione di vari elementi, che da soli non possono rappresentare motivo di esclusione.

MOTIVAZIONE

- *Ottima* se l'utente ha la consapevolezza del proprio problema ed è disponibile a fare tutto il percorso comunitario.
- *Assente* nel caso di mancanza di motivazione al cambiamento e presenza di forti condizionamenti esterni.

SITUAZIONE LEGALE: elementi di possibile problematicità possono essere:

- Pericolosità sociale e incapacità di intendere e di volere
- Impossibilità di colloqui iniziale di valutazione
- Tempi di attesa per l'ingresso/ attesa in caso di revoca del provvedimento che può implicare forti situazioni di tensione all'interno della comunità

COMPLIANCE TERAPEUTICA

PATOLOGIE ORGANICHE

RISCHIO AUTOLESIVO O SUICIDARIO

RISCHIO DI ATTI ETERO AGGRESSIVI

GRADI DI AUTONOMIA PERSONALE

- Igiene personale
- Capacità di gestione degli spazi vitali
- Capacità di comprensione e comunicazione
- Coerenza e prevedibilità del comportamento

DISPONIBILITÀ DEL SUPPORTO FAMILIARE (soprattutto nelle fasi di ingresso)

CONDIZIONI DELLA COMUNITÀ (nel momento della richiesta, in relazione alla possibilità di integrazione rispetto alla tipologia presente in quel momento).

CRITERI DI DIMISSIONI

Le dimissioni si concordano con l'utente e il servizio inviante, quando si valuta concluso o non più utile o praticabile il programma terapeutico. Ciò può avvenire per i seguenti motivi:

- RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI TERAPEUTICI
- RAGGIUNGIMENTO PARZIALE DEGLI OBIETTIVI ma incapacità/non volontà di proseguire ulteriormente il percorso. Viene valutato comunque che il lavoro svolto è di qualità soddisfacente e che la probabilità di riuscita (non ricaduta) è quanto meno discreta, anche in considerazione delle risorse attivabili con il servizio inviante.
- OBIETTIVI NON RAGGIUNTI O RAGGIUNTI IN MANIERA INSODDISFACENTE, ma constatazione della inutilità del proseguo del programma, in quanto le caratteristiche dell'utente non consentono ulteriori progressi all'interno del percorso che la comunità è in grado di offrire. In alcuni casi ciò comporta il passaggio dell'utente in un'altra struttura a minore intensità terapeutica.

OBIETTIVI

1. Area medico-psichiatrica

- Adeguato contenimento o remissione sintomi Asse I e raggiungimento di una buona compliance farmacologica.
- Comprensione, gestione e modificazione dei tratti patologici di personalità, responsabili del disadattamento.
- Trattamento ove indicato delle patologie organiche di rilievo e responsabilizzazione nella gestione delle proprie condizioni di salute.

2. Area della tossicodipendenza

- Astinenza dall'uso di sostanze.
- Raggiungimento di una piena egodistonicità rispetto all'utilizzo di sostanze.
- Remissione del craving e capacità di gestione del suo eventuale ripresentarsi.
- Identificazione del ruolo nell'economia psichica e relazionale del soggetto svolto dall'uso delle sostanze e sua sostituzione con strumenti di coping più funzionali.

3. Area relazionale

- Riconoscimento dei propri bisogni e acquisizione di strumenti maturi per esprimerli.

- Capacità di riconoscere e accogliere i bisogni altrui integrandoli con i propri.
- Capacità di investire nelle relazioni significative.
- Capacità di gestione delle impulsività.

4. Area dell'autonomia nella vita quotidiana

- Igiene personale
- Cura della persona
- Alimentazione
- Cura degli spazi vitali
- Gestione del denaro
- Responsabilità personale

5. Area lavorativa

- Raggiungimento di una buona capacità di tollerare le frustrazioni
- Rispetto delle regole condivise
- Valutazione realistica delle proprie abilità
- Progettualità
- Capacità di collaborare con un gruppo di lavoro

DOCUMENTAZIONE NECESSARIA ALL'INGRESSO

1. RELAZIONE PSICOSOCIALE (deve contenere): informazioni generali e sulla famiglia di origine, scolarità, livello intellettuale e culturale, attività lavorative, vita sociale (relazioni amicale e sentimentali), uso di sostanze (storia, uso attuale, rischio di astinenza), frequentazione servizi, esperienze comunitarie (eventuali), situazione legale, motivazioni per l'ingresso in comunità, criticità – cose da segnalare, risorse.

2. RELAZIONE PSICHIATRICA (deve contenere): storia psichiatrica, diagnosi – sintomi-prodromi, vgf, terapia: psichiatrica (inclusi depot), sostitutiva e medica, compliance, segnalate tso – tsv, comportamenti auto- etero aggressivi, situazione fisica: epatiti – hiv – malattie croniche – ecc, segnalare eventuali invalidità'.

3. DOCUMENTI PERSONALI

Carta d'identità, esenzione ticket, tessera sanitaria europea, revoca del medico di base, certificato di residenza, certificazione dell'eventuale stato di disoccupazione.

4. ESAMI CLINICI

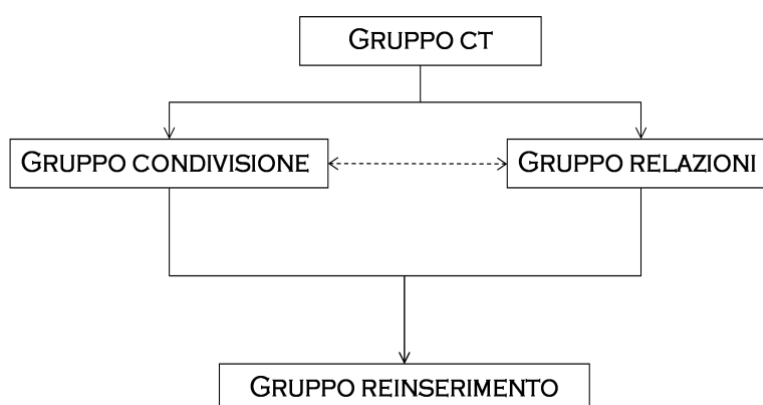
Sierologia Epatiti, Test Anti HIV, Sifilide, Elettrocardiogramma con misurazione QTC, Emocromo, glicemia, uricemia, colesterolo, hdl, ldl, creatinina, ves, gamma-gt, potassio, calcio, fosfatemia, transferrinemia, ft3, ft4, tsh, azotemia, bilirubina tot, albuminemia, amilasi, protidogramma, esame urine, trigliceridi, gpt e got, fosfatasi, alcalina, ammoniemia, sodio, pt, sideremia, cloruri, dosaggio ferritina.

ITER D'INGRESSO

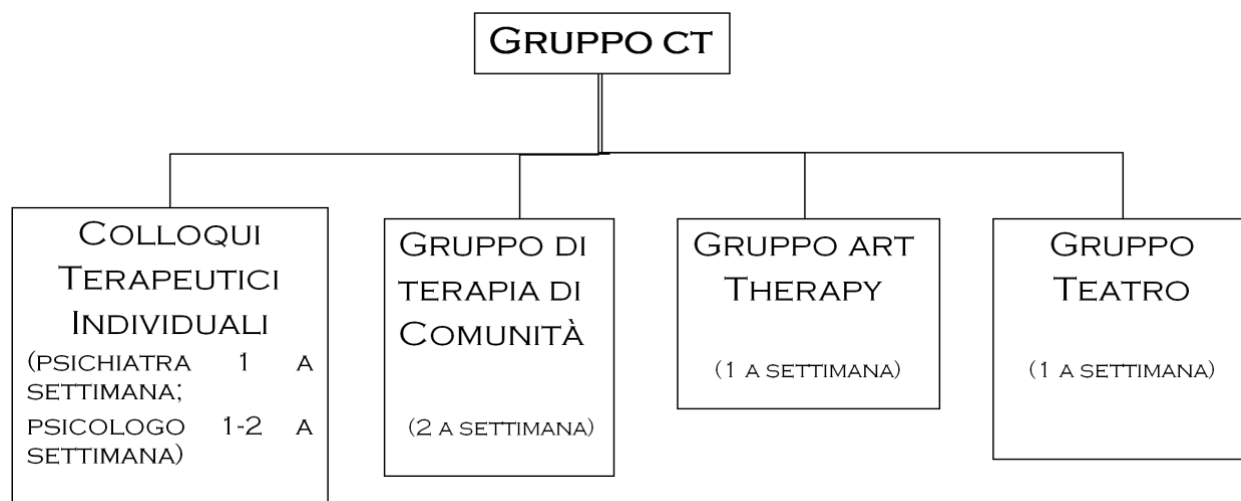
In seguito ad un'attenta valutazione della documentazione acquisita e dei contatti telefonici con il servizio inviante, si stabilisce la compatibilità della richiesta con la tipologia di servizio offerto. Ove riscontrata suddetta compatibilità, seguirà un pre-ingresso, nel corso del quale l'utente e un familiare accompagnatore saranno ospiti per alcuni giorni in struttura, al fine di avere una conoscenza reciproca e una valutazione in loco. Conclusa la fase di pre ingresso, l'utente si ferma in struttura, il caso viene discusso ulteriormente in equipe e si procede all'assegnazione di un operatore di riferimento (psicologo).

La durata complessiva del percorso è di circa 18/28 mesi, di cui 3/5 mesi di permanenza nel gruppo CT, 12/18 nel gruppo condivisione o relazione, e 3/5 nel gruppo reinserimento.

FASI DEL PERCORSO TERAPEUTICO



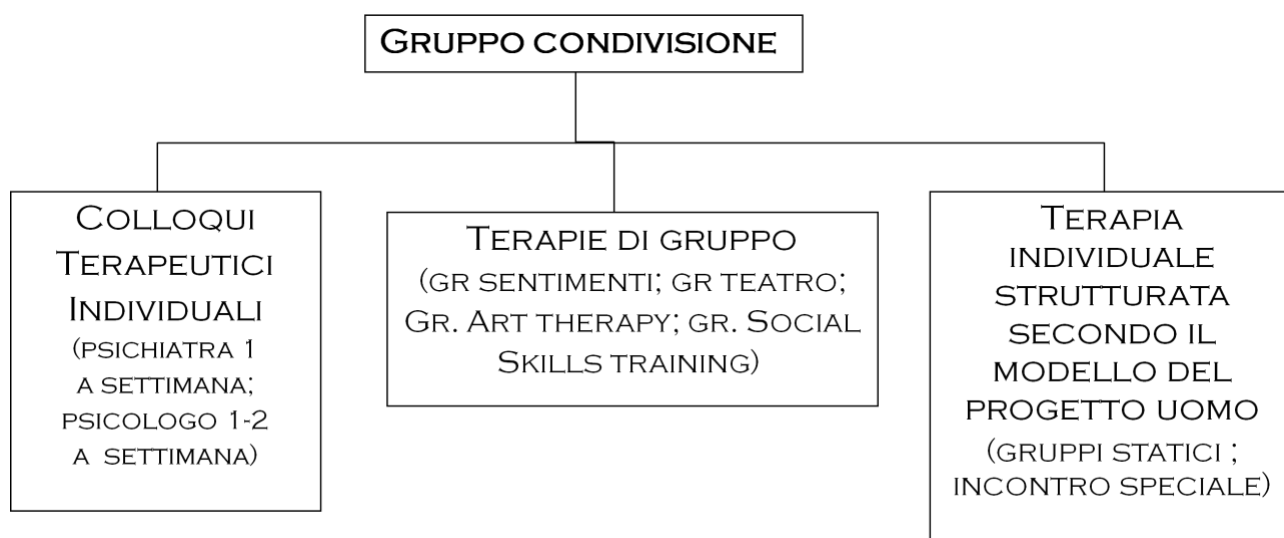
Gruppo CT: al momento dell'ingresso effettivo in programma, l'utente entra nel gruppo CT, finalizzato ad acquisire gli strumenti terapeutici e a favorire una valutazione più approfondita sulle modalità di proseguimento del programma da parte dello staff. Al termine di tale fase si deciderà l'inserimento dell'utente nel gruppo condivisione (scelta più frequente per gli utenti di doppia diagnosi) o nel gruppo relazioni (pur mantenendo alcune peculiarità tipiche del percorso di doppia diagnosi, i gruppi terapeutici sono gli stessi degli utenti di mono diagnosi).



Gruppo di terapia di comunità: Gruppo avente la finalità di apprendere e dare un senso alle regole e agli strumenti terapeutici della comunità, secondo le modalità del progetto uomo (esempio di strumento terapeutico: il confronto, ossia una modalità precostituita di espressione e gestione di potenziali occasioni di conflitto).

Gruppo art therapy: Nasce con l'intento di trovare un canale di comunicazione alternativo, soprattutto con pazienti nei quali i tradizionali strumenti di espressione verbale risultano compromessi. Questa tipologia di gruppi favorisce inoltre l'accesso a contenuti emotivi inconsci, attraverso l'utilizzo della pittura o di altre forme artistiche, quali la scultura o il racconto di storie. Nel corso del tempo abbiamo potuto osservare come l'utilizzo del simbolo e della metafora, elementi centrali nell'art therapy, costituiscano una chiave di accesso privilegiata al mondo interno dei nostri utenti, specie per quelli di doppia diagnosi.

Gruppo teatro (solo sede San Gregorio): Utilizza tecniche proprie dello psicodramma (anche chiamato psicoplay). Ricorre al gioco di messa in scena, improvvisato e libero, e mira a sviluppare attivamente la spontaneità dei soggetti e lo sviluppo di relazioni, fondate sulla comprensione intensa e sull'empatia reciproca. L'essenza di questa terapia consiste nella messa in scena a soggetto di sogni, fantasie e vissuti personali di gruppo. Le improvvisazioni utilizzano diverse tecniche, a partire dal role playing, l'inversione di ruolo e il doppiaggio.



Gruppo condivisione Terapie di gruppo (a cadenza settimanale)

Gruppo sentimenti: Derivato dal gruppo dinamico del percorso di monodiagnosi. Gli utenti esprimono l'un l'altro, con la preparazione, assistenza e supervisione di una coppia di terapeuti, i sentimenti vissuti nel corso della settimana in situazioni relazionali specifiche

Gruppo teatro: *vedi sopra*

Gruppo art therapy: *vedi sopra*

Social skills training: Consiste in un adattamento dei social skills training di Bellack ed altri. Tale intervento, di matrice comportamentale, consiste in una tecnica psicoeducazionale, volta alla riduzione dei deficit di abilità sociali, che spesso contraddistinguono i pazienti con disturbi psichiatrici severi. L'oggetto di intervento sono macro aree quali: la conversazione, la gestione dei conflitti, l'assertività, ognuna delle quali suddivisa in più abilità. Ogni abilità viene a sua volta suddivisa in sottocomponenti, come il contenuto di una conversazione: aspetti paralinguistici (volume della voce, velocità dell'eloquio, timbro della voce); comportamenti non verbali (contatto visivo, postura, espressione mimica, cinetica); comportamenti recettivi (riconoscimento delle emozioni, attenzione e interpretazione dei segnali rilevanti); comportamenti interattivi (timing della risposta, alternanza dei turni e rinforzi sociali); intelligenza sociale (conoscenza di abitudini e richieste in una situazione specifica). Tali gruppi prevedono l'utilizzo dei principi della teoria dell'apprendimento sociale di Bandura, quali: modelling, rinforzo positivo, shaping, automatizzazione, generalizzazione.

Altre terapie individuali strutturate del progetto uomo: Anamnesi, Gruppo rabbia, Gruppo sensi di colpa, Incontro speciale (*chiarimenti* con familiari).

Gruppo reinserimento: Fase di reinserimento sociale con uscite programmate protette. Gli ambiti d'intervento sono: Gestione di uno spazio abitativo, Gestione del denaro, Partecipazione ad un gruppo settimanale condotto da due terapeuti, Gruppo mensile con i familiari, Definizione della fase successiva in sinergia con utente, familiari e servizi invianti.

BIBLIOGRAFIA

Christine Timko,^{1,2,3} Kristyn Dixon,¹ and Rudolf H. Moos^{1,2} "Treatment for Dual Diagnosis Patients in the Psychiatric and Substance Abuse Systems Mental Health Services Research", Vol. 7, No. 4, December 2005 (C _ 2005) DOI: 10.1007/s11020-005-7455-9

Glenn E. Hunt*,¹, Nandi Siegfried², Kirsten Morley³, Thiagarajan Sitharthan¹, and Michelle Cleary⁴ "Psychosocial Interventions for People With Both Severe Mental Illness and Substance Misuse" Schizophrenia Bulletin vol. 40 no. 1 pp. 18–20, 2014 doi:10.1093/schbul/sbt160 Advance Access publication October 31, 2013 © The Author 2013. Published by Oxford University Press on behalf of the Maryland Psychiatric Research Center.

:
Douglas m. Ziedonis, md, mph, David Smelson, psyd, Richard n. Rosenthal, Md, Steven I. Batki, md, Alan i. Green, md, Renata j. Henry, med, Ivan montoya, Md, Joe Parks, md, and Roger d. Weiss, md "Improving the Care of Individuals with Schizophrenia and Substance Use Disorders" Consensus Recommendations J Psychiatr Pract. 2005 September ; 11(5): 315–339.

Comprehensive Continuous Integrated System of Care (CCISC) Psychopharmacology Practice Guidelines for Individuals with Co-occurring Psychiatric and Substance Use Disorders (COD) January, 2005 Developed by Kenneth Minkoff, MD Clinical Assistant Professor of Psychiatry, Harvard Medical School Senior Systems Consultant, ZiaLogic With invaluable assistance from Terry Schwartz, MD, Jeff Rowe, MD, and other members of the Psychopharmacology Committee of the San Diego County CCISC Project Based on the psychopharmacology guidelines in Minkoff (2001), Service Planning Guidelines for Co-occurring Psychiatric and Substance Disorders Illinois Behavioral Health Recovery Management Project
www.bharm.org ©2005 Kenneth Minkoff, MD
100 Powdermill Road, #319 Acton, MA

Sabrina J Schulte^{1*}, Petra S Meier² and John Stirling³ "Dual diagnosis clients' treatment satisfaction – a systematic review" Schulte et al. BMC Psychiatry 2011, 11:64
<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/11/64>

Robert E. Drake, Carolyn Mercer-McFadden, Kim T. Mueser, Gregory J. McHugo, and Gary R. Bond Schizophrenia Bulletin, Vol. 24, No. 4, 19 "Review of Integrated Mental Health and Substance Abuse Treatment for Patients With Dual Disorders"

Brunette MF¹, Mueser KT."Psychosocial interventions for the long-term management of patients with severe mental illness and co-occurring substance use disorder". J Clin Psychiatry. 2006;67 Suppl 7:10-7.

Santucci K1. "Psychiatric disease and drug abuse". Curr Opin Pediatr. 2012 Apr;24(2):233-7. doi: 10.1097/MOP.0b013e3283504fbf.

Laker C1."How successful is the dual diagnosis good practice guide? "Br J Nurs. 2006 Jul 27-Aug 9;15(14):787-90.

Thylstrup B1, Johansen KS "Dual diagnosis and psychosocial interventions--introduction and commentary". Nord J Psychiatry. 2009; 63(3):202-8. doi: 10.1080/08039480802571069.

Gouzoulis-Mayfrank E1. "Comorbidity of substance use and other psychiatric disorders--theoretical foundation and evidence based therapy". Fortschr Neurol Psychiatr. 2008 May;76(5):263-71.

Drake RE1, O'Neal EL, Wallach MA. "A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders". J Subst Abuse Treat. 2008 Jan; 34(1):123-38. E pub 2007 Jun 15.

Chianura P., Balzotti G., Chianura L.: "Comorbilità psichiatrica ed abuso di sostanze"; Franco Angeli 2005.

Rigliano P. "Doppia Diagnosi", Raffaello Cortina, 2004.